

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS INMIGRANTES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA E INTERVENCIÓN PSICO-SOCIAL

Albert Mora Castro. Sociólogo y Trabajador Social.

INTRODUCCIÓN

El incremento de la diversidad cultural en el seno de nuestras sociedades, está produciendo cambios de suma importancia que afectan tanto a las personas que han emigrado como a aquellas que se encuentran en los países de recepción. En estas sociedades de recepción toman especial protagonismo los debates relativos a las formas en las que puede articularse esta diversidad cultural. Modelos como el asimilacionista francés o el multiculturalismo inglés responden a diversos parámetros desde los cuales abordar el fenómeno de la inmigración y la convivencia cultural. En el estado español, receptor reciente de flujos migratorios significativos, comienza a construirse una sociedad diversa culturalmente que afronta el reto de conseguir la plena integración entre las comunidades de inmigrantes y las comunidades de acogida.

Podemos afirmar que en nuestras sociedades conviven dos tipos de discursos contradictorios, asumidos en gran medida por la mayor parte de la población autóctona. Por un lado, se le exige a la población inmigrante que se integre adaptándose a las pautas culturales, costumbres y hábitos que nosotros consideramos propias de las sociedades avanzadas y desarrolladas. Las personas inmigrantes deberían acogerse a nuestros modelos de comprensión de la realidad y a nuestras formas de organización social para conseguir la plena integración en nuestra sociedad. La recompensa a este camino de rechazos de elementos culturales constitutivos de la identidad individual y grupal, sería la integración y la igualdad con respecto a los ciudadanos de la sociedad de acogida. Sin embargo, por otra parte, la construcción social que hacemos del "otro inmigrante" se inserta en estrategias de inferiorización destinadas a marcar la diferencia de ese otro con respecto a nosotros mismos. El no reconocimiento de derechos básicos, como los de reunión o asociación, la promoción de la "irregularidad" alentada por políticas de corte represivo que hacen posible la existencia de centenares de miles de extranjeros que trabajan en la economía sumergida, o la negación de los derechos de participación política, son solo algunas de las expresiones de ese deseo de mantener a la población autóctona en una situación de privilegio y dominio con respecto a la población inmigrante. Se exige así a las personas inmigrantes *que se integren sin integrarse*. Desde las sociedades de recepción

establecemos qué aspectos marcan la integración en nuestra cultura sin dañar nuestra situación de dominación y exigimos a los inmigrantes que las hagan suyas. La adaptación basta con que se haga en aquellos aspectos que concuerdan con los intereses de la sociedad receptora (adaptación al sistema productivo y al papel subordinado que corresponde a los inmigrantes dentro del mismo) (Pajares, M. 2005: 70).

La participación social y política de los inmigrantes no aparece en el imaginario colectivo como un requisito fundamental para la integración y, sin embargo, constituye una de las dimensiones esenciales para lograr la integración ciudadana de las personas inmigrantes. Con esta ponencia, pretendemos realizar un acercamiento a algunas formas de participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud, con la intención de explorar nuevas vías para garantizar la integración mutua entre la población autóctona y la población extranjera. Garantizar la posibilidad de participación social de los extranjeros en igualdad de condiciones con respecto a los autóctonos es una condición ineludible para la construcción de una sociedad plural que integre de forma positiva el hecho migratorio.

INMIGRACIÓN Y SALUD: LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE UNA AMENAZA

En la actualidad existe un discurso ampliamente extendido en torno a la inmigración y la salud que constituye un elemento más para la legitimación de las actitudes xenófobas hacia los extranjeros. Este discurso “construye” a la persona inmigrante como una amenaza para el sistema sanitario y la salud pública. Los inmigrantes aparecen como los responsables directos de las situaciones de saturación de los servicios o de falta de recursos, porque presentan muchas demandas y hacen un uso fraudulento del sistema: se intercambian las tarjetas sanitarias, solicitan medicación para enviarla a sus familias o, incluso acuden a nuestro país practicando un “turismo sanitario”¹. En comunidades como la valenciana, con un alto nivel de inmigración, este discurso puede ser utilizado para ocultar las deficiencias del sistema utilizando a los inmigrantes como chivo expiatorio. Evidentemente, la inmigración ha supuesto un aumento de la población atendida por los servicios sociosanitarios que requieren de un incremento de recursos humanos y materiales para atender a un mayor número de usuarios. Pero si el crecimiento de la población fuera percibido como producto de un incremento de las tasas de natalidad o de un aumento de la

¹ Véase “La atención médica gratuita para inmigrantes supone el principal factor en el gasto farmacéutico en la Comunidad”, el Mundo, 5 de enero de 2005.

inmigración procedente de los países de la Europa comunitaria, no podría culparse a ningún colectivo de las deficiencias del sistema con la misma facilidad con la que ahora se está responsabilizando a la población inmigrante². De hecho, en la Comunidad Valenciana, el 34.12% de la población extranjera censada proviene de países de la Europa Comunitaria³ y a pocos se les ocurre responsabilizar a este colectivo de los problemas que arrastra nuestro Sistema de Salud.

Este discurso que trato de reflejar representa al inmigrante, además, como una persona que acude a nuestro país padeciendo diversas patologías. El alto grado de incidencia de enfermedades de diversa consideración entre la población inmigrante explicaría también la saturación de los servicios. La patologización de la inmigración alcanza cuotas significativas en relación a la problemática de salud mental que se presenta como inherente a la misma condición de inmigrante, y no como consecuencia de las circunstancias adversas en las que se puede encontrarse esta población. Aparecen así nuevas formulaciones, con denominaciones como “síndrome del inmigrante” o “síndrome de Ulises” que pueden ser utilizadas para caracterizar al colectivo de personas inmigrantes como potenciales afectados por trastornos mentales.

Desde esta concepción, los inmigrantes son, además, transmisores de enfermedades importadas y suponen una amenaza para la salud pública, pudiendo introducir nuevas enfermedades en nuestras sociedades y aumentar la prevalencia de otras que apenas tienen incidencia en la actualidad.

Un último rasgo que podría caracterizar a este discurso sobre la inmigración y la salud sería aquel que representa al inmigrante como una amenaza para la reproducción de las formas correctas de entender la salud, la enfermedad y la curación, afirmando la necesidad de consolidar las conceptualizaciones desarrolladas en nuestra sociedad y desvalorando las elaboradas en otros contextos culturales.

Este discurso conlleva una distorsión evidente de la realidad de la inmigración en relación a la salud. La emigración que se produce por razones económicas, suele ser mayoritariamente joven y sana. En la Comunidad Valenciana, se concentra en el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 34 años, que recoge al 25.5% de la población extranjera⁴, aún a pesar del alto número de extranjeros en edad avanzada provenientes de países de la Europa Comunitaria. Diversos estudios han mostrado cómo el coste

² Véase “Sanidad destina 312 millones de euros al año a la atención de 373.000 extranjeros”, el Mundo, 14 de enero de 2005

³ Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) “Avance de los datos del padrón a 1 de enero de 2005”

⁴ Fuente: INE. Revisión del padrón municipal 2004.

medio derivado del uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante es bastante inferior al derivado del uso que de los mismos hace la población autóctona (Jansà, J.M. y García de Olalla P.: 2004: 207). Los trabajadores extranjeros en situación administrativa regular se encuentran cotizando a la Seguridad Social y suponen en la actualidad el 11.92% del total de los afiliados en la Comunidad Valenciana.⁵ Por su parte, la problemática psicosocial que pueden llegar a padecer las personas inmigrantes se encuentra, como veremos más adelante, vinculada a las condiciones de precariedad sociolaboral a las que les aboca la sociedad de recepción y no a su condición de inmigrantes⁶,

Tomar en consideración estos discursos imperantes acerca de la relación entre la inmigración y la salud se torna fundamental para enmarcar las posibles estrategias de participación social de los inmigrantes en el ámbito de la salud. El crecimiento del alcance de esta construcción imaginaria de la inmigración como una amenaza complica enormemente la puesta en marcha de políticas que posibiliten la adecuación del sistema sanitario a la creciente diversidad cultural, favoreciendo la participación ciudadana. Por ello, las acciones destinadas a contrarrestar los efectos de este discurso falaz, deben ser un eje fundamental desde cualquier política de fomento de la participación de las personas inmigrantes en el Sistema de Salud.

EL ACCESO DE LOS INMIGRANTES A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Uno de los avances más significativos que se dieron con la LO 4/2000 con respecto a la LO 7/1985, fue la inclusión, en el artículo 12, del derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones con los españoles. Este artículo no se ha modificado en ninguna de las dos reformas posteriores de la legislación de extranjería.

Actualmente queda reconocido el derecho a recibir asistencia sanitaria pública de urgencias para todos los extranjeros. Las mujeres embarazadas, independientemente de su situación administrativa, tienen garantizada la asistencia sanitaria pública durante el embarazo, parto y posparto. Asimismo, todos los extranjeros menores de edad tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria. Para los extranjeros que no se encuentren en ninguna de estas situaciones se establece el derecho a la asistencia sanitaria con el único requisito de encontrarse empadronados. En algunas comunidades autónomas, como es el caso de la Comunidad Valenciana, se ha

⁵ Fuente: Informe “Afiliados extranjeros a la Seguridad Social, septiembre 2005”. www.seg-social.es

⁶ Para una argumentación más extendida véase, Mora, A. y Nogués, B. “Inmigración y atención sanitaria”, el País- Comunidad Valenciana, 5 de mayo de 2005.

extendido la asistencia sanitaria a los extranjeros no empadronados. Para ello, la Generalitat Valenciana estableció en el Decreto 26/2000 la figura de la tarjeta solidaria. Aún así existen situaciones en las que las personas inmigrantes no ven reconocido su derecho a la salud al no poder obtener una tarjeta sanitaria ni contar con recursos suficientes para acceder a un seguro privado. La ausencia de un documento de identificación, la percepción de ingresos superiores al salario mínimo interprofesional o la imposibilidad de darse de alta en el padrón municipal, son algunas de las circunstancias que imposibilitan la obtención de la tarjeta sanitaria. En la Comunidad Valenciana, a pesar de lo dispuesto en el Decreto 26/2000, es una práctica habitual la exigencia del empadronamiento como requisito para tramitar la solicitud de tarjeta sanitaria, circunstancia que impide el acceso a la salud de una importante franja de la población que no tiene posibilidades de empadronarse.

La incorporación al sistema sanitario público de un número considerable de inmigrantes que provienen de contextos culturales diferentes supone un reto importante para la organización de los recursos sociosanitarios. La representación cultural⁷ de la salud, la enfermedad y la curación difiere entre las diversas culturas que conviven en las sociedades pluriculturales. Los estilos de vida y las escalas de valores de cada grupo cultural y étnico, pueden explicar las diferencias que aparecen cuando sus individuos enferman, tanto desde la perspectiva física como desde la perspectiva psíquica (O’Ferral, C., Crespo, C., Gavira, C. y Crespo J.: 2003: 1). El sistema sanitario necesita, pues, adaptarse a esta nueva realidad, integrando la diversidad de modos de representarse la salud y la enfermedad que pueden haberse adquirido en distintos procesos de enculturación de los usuarios de los servicios sanitarios.

PARTICIPACIÓN Y MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA

La mediación intercultural emerge como un instrumento de gran utilidad para mitigar los efectos de las tensiones manifiestas, resolver los conflictos que puedan surgir asociados a las diferencias culturales y prevenir el desarrollo de tensiones latentes. Se convierte, además, en un instrumento imprescindible para garantizar la integración social de la población inmigrante que, en ocasiones, encuentra barreras en el acceso a los servicios y recursos públicos. La mediación juega, pues, un papel

⁷ Utilizamos el término cultura entendiendo que ésta no se constituye en ningún caso como un todo homogéneo y estático, sino que se construye de manera dinámica e incorpora elementos de heterogeneidad en las expresiones que adopta. Desde esta concepción, no es posible hablar de “cultura árabe” o “cultura española”, sino de pautas culturales más o menos arraigadas en determinados contextos culturales.

esencial en el acercamiento de personas adscritas a grupos étnicos distintos y facilita el acceso de los inmigrantes a los servicios que pueden garantizar su integración social.

Podemos hablar de tres ámbitos de actuación en los que practicar la mediación intercultural: entre población autóctona e inmigrante, en el seno de las propias comunidades de inmigrantes o entre las personas inmigrantes y los profesionales de los recursos y servicios públicos. En esta última dimensión es en la que nos centraremos para reflejar las posibilidades de participación de los inmigrantes en estrategias de mediación sociosanitaria.

Es fundamental señalar la necesidad de que las personas inmigrantes puedan implicarse de forma activa en las actuaciones de mediación intercultural que comienzan a proliferar en el estado español y en la Comunidad Valenciana. El hecho de que hayan vivido la experiencia migratoria y el proceso de adaptación a esta sociedad de llegada, supone una riqueza considerable para el ejercicio de la mediación. Por ello, la participación social de los inmigrantes en acciones de mediación intercultural no sólo es recomendable, sino que se torna imprescindible. Pueden encontrarse próximos a los contextos culturales de origen y, al mismo tiempo, estar familiarizados con los contextos de llegada, y han podido experimentar los cambios culturales producidos en el seno de la “cultura inmigrada”. Son actores centrales en los procesos destinados a facilitar la comunicación y la comprensión entre los nuevos y los antiguos vecinos y en aquellos que persiguen tender puentes entre la población inmigrante y los profesionales de los diversos servicios.

La mediación intercultural, entendiendo lo intercultural como el encuentro entre dos identidades que se dan sentido mutuamente (V.V.A.A.: 2002: 19), es una herramienta de sumo interés para la consolidación de sistemas sanitarios adaptados a la diversidad cultural. La práctica de la mediación puede tender puentes entre esas diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad a las que nos referíamos anteriormente. La participación de las propias personas inmigrantes en estos procesos de mediación sociosanitaria es necesaria para alcanzar un mayor conocimiento acerca de las diversas formas de enfermar y sanar en las distintas culturas que conviven en nuestra sociedad. Si el sistema sanitario se adecuara atendiendo a esta nueva configuración de la población a asistir, podríamos estar en el inicio del camino hacia una sanidad intercultural. El desafío que supone la construcción de la interculturalidad halla también su reflejo en el ámbito de la salud, en el que aparecen importantes resistencias al cambio de las concepciones tradicionales culturalmente arraigadas en nuestras sociedades.

Con objeto de profundizar en este camino de adaptación del sistema sanitario a la diversidad cultural, se están desarrollando algunas experiencias formativas destinadas a trabajar tanto con la población inmigrante como con la población autóctona. Desde diversas instancias se organizan charlas y talleres para dar a conocer a las personas inmigrantes el funcionamiento del Sistema de Salud, así como las vías de acceso al mismo.

Otras líneas de mediación que se hacen necesarias ante el aumento de la diversidad cultural, son las vinculadas a la traducción y la interpretación cuando los pacientes y los profesionales hablan idiomas diferentes⁸. No podemos obviar que existe un número significativo de inmigrantes que aún no hablan castellano y que no pueden recibir una atención de calidad como consecuencia de esta dificultad idiomática. También los profesionales están demandando la implantación de intérpretes que permitan una comunicación fluida y eficaz con las personas inmigrantes de habla no hispana. Tiende a confundirse esta mediación lingüística con la mediación intercultural pero, en realidad, el ejercicio de la traducción no tiene por qué incorporar aspectos relacionados con la interculturalidad. Si la traducción o interpretación se utiliza estrictamente para hacer posible la comunicación entre el personal sanitario y el paciente tan sólo podremos hablar de mediación lingüística. Sólo en la medida en que esta mediación incorpore el principio de interacción positiva y persiga, no sólo traducir, sino también acercar las concepciones culturales de las partes, podremos hablar de fomento de la interculturalidad. Y para que una mediación lingüística e intercultural de este tipo pudiera funcionar de manera óptima, la participación de los inmigrantes en las acciones de mediación debería ser central.

Existen, además, otras acciones destinadas a mediar entre personas inmigrantes y recursos sociosanitarios, cuando se dan dificultades de acceso a los mismos. Desde algunas organizaciones no gubernamentales se vienen desarrollando acciones de este tipo con objeto de garantizar el acceso a la salud para la población inmigrante⁹. Así, ante situaciones de violación de los derechos de las personas inmigrantes en cuanto a la atención sociosanitaria, cabe también la implementación de estrategias de mediación emprendidas por los mismos técnicos de los recursos sociosanitarios o de las organizaciones que trabajan con personas inmigrantes.

⁸ Véase “La barrera del idioma perjudica la salud”, 27 de julio de 2005, www.websalud.com

⁹ Desde los CASSIM (Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes) de Médicos del Mundo, los trabajadores sociales desarrollan actuaciones de mediación de estas características para garantizar el derecho a la salud de la población inmigrante en situación administrativa irregular.

Para concluir este punto, es fundamental señalar la importancia de emprender más líneas de formación destinadas a profesionales de la salud con objeto de conseguir que se produzca un cambio de actitud frente a la diferencia étnica y cultural. Se han emprendido algunos proyectos de este tipo¹⁰. De nuevo aquí, en estas acciones formativas, resulta de sumo interés la participación de las personas inmigrantes por su doble condición de extranjeros y residentes. La investigación social acerca de todos los asuntos que estamos reflejando adquiere gran importancia para seguir avanzando en la construcción de alternativas que permitan la consecución de una sanidad intercultural.

INMIGRACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: UNA VÍA PARTICULAR PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS INMIGRANTES

Nos hemos referido a las posibilidades que abre la mediación intercultural para la participación social de las personas inmigrantes. Es una vía de participación general que puede adoptar múltiples formas. En este apartado intentaremos reflejar otra vía de participación, mucho más concreta, relacionada con la intervención psicosocial con grupos de inmigrantes.

Desde el año 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Según este organismo, *“la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas están cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”*. Si atendemos a esta definición del concepto de salud, es lógico pensar que las personas que emigran puedan padecer algunos problemas de salud vinculados a la dimensión psicosocial. El estrés es habitual entre las personas inmigrantes que viven una situación de desajuste entre en su relación con un entorno que es percibido como amenazante por la falta de instrumentos para adaptarse a las demandas del mismo. Existen diversos acontecimientos vitales estresantes que pueden mostrar especial incidencia en aquellas personas que inician un proceso de migración *“forzada”* por la necesidad de mejorar sus condiciones de vida y pasan a engrosar la bolsa de inmigrantes en situación administrativa irregular del país de llegada. La situación de exclusión a la que aboca la falta de *“papeles”*, combinada con la ocupación de los estratos sociales y laborales considerados más inferiores, configuran una situación de dificultad añadida para aquellas personas que emigran a las sociedades enriquecidas.

¹⁰ Desde la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) de la Conselleria de Sanitat se desarrollan cursos por los diversos municipios de la Comunidad sobre atención médica y problemas de salud en población inmigrante que incorporan algunos módulos para trabajar las diversas formas de enfermar y sanar asociadas a las diferentes configuraciones culturales.

Podríamos señalar algunos de estos factores estresores que tienen especial incidencia en los niveles de salud psicosocial de las personas inmigradas:

- Las deficiencias económicas y las malas condiciones laborales.
- La disrupción social que se produce al no encontrar instrumentos para responder a las demandas del nuevo medio social.
- La necesidad de redefinir las pautas culturales y la propia identidad, individual y colectiva, para adaptarla a las exigencias de la sociedad de llegada.
- La elaboración del duelo migratorio por la separación del hogar, la pérdida de los familiares, la ausencia de las amistades...
- La posibilidad de sufrir abusos (económicos, psicológicos, sexuales...) derivados de una situación de exclusión social.
- El desconocimiento del futuro y la sensación de inestabilidad e inseguridad.
- La preocupación por el posible riesgo vital de los seres queridos, algunos en países en conflicto.
- La vivencia anterior o presente de situaciones de violencia política, persecución étnica o religiosa...

La incidencia de estos factores estresores sobre la salud puede paliarse cuando operan algunos de los conocidos como factores protectivos, entre los que destaca la existencia de relaciones emocionales próximas, redes sociales de apoyo o convicciones de tipo ideológico, político o religioso.

Así, la intervención psicosocial sería un instrumento destinado a disminuir la incidencia de los factores estresores mediante el fomento de los factores protectivos. El apoyo social, proveniente de diversas fuentes, puede constituirse como el factor que ejerce una mayor protección frente a los elementos que generan estrés. Nos acogemos a la definición que hacen del término Lin, Deal y Ensel (1986) que definen el apoyo social como *“provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”*. No son infrecuentes las situaciones en las que la persona que ha emigrado se encuentra en un país extraño y ajeno en el que no posee ninguna relación social que pueda brindarle apoyo en los momentos más difíciles del proceso adaptativo. Por ello, las intervenciones destinadas a generar redes sociales que puedan elevar las cuotas de apoyo social de aquellos que han emigrado, constituyen una estrategia efectiva para la mejora de la salud psicosocial. El principal recurso para estas intervenciones son las mismas personas inmigrantes que se organizan para tejer redes de apoyo que les permitan mejorar su situación vital.

Se suelen diferenciar dos niveles de efectos producidos por el apoyo social: el efecto directo y el efecto amortiguador. Se produce un efecto directo cuando las redes sociales ayudan a evitar situaciones negativas, anticipándose a las mismas a través del fomento de la participación social, el sentimiento de pertenencia, la estima social (autoconcepto y autoestima) y el refuerzo de las identidades colectivas. El conocido como efecto amortiguador se da cuando el apoyo social modera el efecto negativo que otros factores tienen sobre el bienestar, contribuyendo a la redefinición de los factores estresores (en relación a la percepción de los mismos, a la capacidad de afrontamiento y a la prevención de la aparición de nuevos elementos estresores).¹¹

La constitución de grupos de apoyo mutuo conformados por inmigrantes que se unen para compartir sus experiencias y sostenerse mutuamente, ha llegado a ser uno de los pilares básicos para la intervención con colectivos de inmigrantes. Los mismos participantes de estos grupos, una vez avanzado su proceso de adaptación al medio, pueden capacitarse para facilitar los procesos de otros grupos constituidos por inmigrantes que atraviesen situaciones estresantes similares a las que ellos vivieron.

La implicación en experiencias de apoyo social planificadas de manera grupal, organizadas con el apoyo de algunos recursos sociosanitarios, ha facilitado la participación de los propios inmigrantes en la mejora de su situación de salud¹². Con el tiempo, esta línea de trabajo ha ido siendo refrendada a partir de los resultados producidos por algunos programas de intervención psicosocial. Frente a la concepción de la salud como una condición exclusivamente física, en el contexto de la inmigración emerge la importancia de las dimensiones sociales y psicológicas. En estos planos de la salud, el principal recurso ya no es el tratamiento farmacológico, sino el desarrollo de las potencialidades que se encuentran en los mismos actores para hacer frente a sus problemas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Existe una situación de desigualdad social general entre la población autóctona y la población inmigrada. Desde los poderes políticos, los medios de comunicación y otras instancias, se contribuye a la generación de una imagen social negativa de la inmigración que alimenta esta desigualdad. Los miedos de la población autóctona ante

¹¹ Para un estudio en mayor profundidad del fenómeno del apoyo social puede consultarse la obra de Ana Barrón, “El apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones”.

¹² Para conocer alguna experiencia de este tipo, puede consultarse el artículo “Trabajo Social con grupos de inmigrantes: una experiencia de apoyo psicosocial”, de Albert Mora.

la amenaza proveniente de la invasión de los inmigrantes son un caldo de cultivo para la justificación de las actitudes xenófobas que proliferan por toda Europa. Mientras se habla de políticas de integración social y cooperación al desarrollo, se pisotean los derechos humanos de forma sistemática para garantizar el control de los flujos migratorios. Las sociedades mal llamadas de acogida, queremos recibir una inmigración “a la carta”. A aquellos que tengamos la deferencia de dejar entrar en nuestro territorio de privilegios, les exigiremos lo que nos plazca y lo habrán de cumplir. No es necesario que participen en nada, su camino está trazado. Pasarán meses o años en situación administrativa irregular, aprendiendo que jamás alcanzarán un estatus de igualdad con respecto a la población autóctona y asumiendo el rol de inmigrante en un país que no es el suyo. Para ello, se les impedirá el reconocimiento de los derechos políticos y sociales de los que disfruta la población autóctona.

Partiendo de esta realidad, apenas dibujada, resulta realmente complicado plantear la posibilidad de que las personas inmigrantes puedan participar activamente en la sociedad. Más difícil aún resultará la construcción de esa sociedad intercultural que tantos elogian, pero tan pocos desean. El discurso de la participación y la interculturalidad ha de ser un discurso de inconformidad con todas aquellas políticas y acciones que sitúan a los inmigrantes como *ciudadanos de segunda*. Si realmente creemos en las posibilidades de enriquecernos a partir del intercambio cultural y deseamos cohesionar una sociedad donde todos los ciudadanos puedan participar en igualdad de condiciones, habremos de reivindicar la supresión de las medidas que generan y reproducen la desigualdad. Tendremos también que renunciar a las seguridades que nos proporciona el convencimiento de que nuestro sistema de creencias y valores y nuestra forma de dar sentido al mundo son las únicas formas válidas sobre las que organizar la sociedad.

A pesar de los obstáculos impuestos para impedir especialmente la participación social de las personas en situación administrativa irregular, los inmigrantes participan. Desde nuestra experiencia en el campo de la salud, hemos podido comprobar cómo la participación en experiencias de apoyo colectivo ha permitido a muchos inmigrantes superar las condiciones vitales estresantes a las que se les expone al llegar a *nuestro* país. También asistimos a la falta de voluntad política, que parece contar con el apoyo de la ciudadanía, para adaptar el Sistema de Salud a una población cada vez más diversa culturalmente. Con este artículo, hemos intentado esbozar algunas líneas posibles para la participación de las personas inmigrantes en el campo de la salud. Enmarcamos estas estrategias en una apuesta global por el avance en la consolidación

de los derechos de participación tanto de la población inmigrante como de la población autóctona.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrón, A. (1996): *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI de España editores.
- Jansà, J.M., García de Olalla, P. (2004): *Salud e inmigración: nuevas realidades y retos*, en Informe Sespas 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social (207-213).
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (comps.) (1986): *Social support, life events and depresión*. Nueva York. Academic Press.
- Mora, A. (2004): *Trabajo Social con grupos de inmigrantes: una experiencia de apoyo psico-social*. Revista Portularia, volumen 4, (43-50). Universidad de Huelva.
- O´ferral, C., Crespo, M., Gavira, C., Crespo, J. (2003): *Inmigración, ¿estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto?* Interpsiquis.
- Pajares, M.: (2005): *La integración ciudadana*. Barcelona, Icaria.
- V.V.A.A., Andalucía Acoge (2002): *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid, editorial popular.
- (2005): *Estudio sobre inmigración y transformación social en España*. Fundación BBVA-IEA.